

# L'intégration d'un traitement psychologique en réadaptation cardiaque à l'Hôpital Montfort : une diminution des risques associés aux maladies cardiaques

Paul S. Greenman, Anaïs Morin-Turmel et Jean Grenier

Numéro 28, automne 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044984ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044984ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa  
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Greenman, P. S., Morin-Turmel, A. & Grenier, J. (2009). L'intégration d'un traitement psychologique en réadaptation cardiaque à l'Hôpital Montfort : une diminution des risques associés aux maladies cardiaques. *Francophonies d'Amérique*, (28), 91–113. <https://doi.org/10.7202/044984ar>

Résumé de l'article

Les buts de cette étude étaient l'intégration et la mise à l'épreuve d'un traitement psychologique au sein du Service de réadaptation cardiaque à l'Hôpital Montfort. Des patients (hommes et femmes), âgés entre 35 et 85 ans, avec une maladie cardiaque et qui se plaignaient de symptômes d'anxiété et de dépression ont participé à cette étude. Les résultats suggèrent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut réduire de façon significative les symptômes de dépression et d'anxiété chez les patients cardiaques. Dans notre échantillon ( $N = 11$ ), les patients ayant suivi au moins dix séances de traitement ont présenté une diminution importante de leurs symptômes, et personne ne répondait aux critères d'un diagnostic de dépression ou d'anxiété après l'intervention.

L'intégration d'un traitement psychologique  
en réadaptation cardiaque à l'Hôpital Montfort :  
une diminution des risques associés  
aux maladies cardiaques

Paul S. GREENMAN  
Anaïs MORIN-TURMEL  
Université du Québec en Outaouais  
Jean GRENIER  
Université d'Ottawa  
Hôpital Montfort

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité au Canada. Bien que la plupart des facteurs de risque qui y sont associés soient modifiables (alimentation, tabagisme, obésité, hypertension, santé psychologique), il s'agit de la maladie chronique qui engendre le plus de coûts dans le système de santé. En effet, selon Statistique Canada (2000 : 257), les maladies cardiaques affectent près d'un million de Canadiens par année. Quatre pour cent des Canadiens de 35 ans et plus déclarent avoir des problèmes cardiaques. Par ailleurs, le risque d'avoir une maladie cardiovasculaire augmente considérablement avec l'âge : près du quart (22 %) des Canadiens âgés de 75 ans et plus rapportent avoir un problème d'ordre cardiaque (*ibid.*).

Les provinces de l'est du Canada semblent particulièrement touchées par ce type de maladie chronique. En Ontario, par exemple, le pourcentage moyen de maladies cardiaques au sein de la population était de 5,3 % en 2000-2001 (Gélinas et Gauthier-Frohlick, 2005 : 56). Il est intéressant de noter que le taux de maladies cardiaques est significativement plus élevé chez les francophones que chez les anglophones de l'Ontario. Le *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (Lemonde et Levesque, 2005) indique que le taux des maladies cardiaques chez les francophones est de 6,6 %, comparativement à 5,1 % chez les anglophones de cette province, où se trouve la plus grande proportion de francophones à l'extérieur du Québec. Ces gens semblent non seulement être plus à risque de développer une maladie cardiovasculaire que leurs concitoyens

anglophones, mais ils ont aussi plus de difficulté à trouver des services de réadaptation adéquats offerts dans leur langue maternelle une fois que la maladie s'installe (Gélinas et Gauthier-Frohlick, 2005 : 58). On peut donc conclure que le fait de faire partie d'un groupe linguistique minoritaire peut constituer un facteur de risque supplémentaire pour les Franco-Ontariens.

## **Les conséquences psychologiques des maladies cardiaques**

Les maladies cardiaques et les interventions médicales qui visent à les traiter impliquent d'importantes conséquences psychologiques qui semblent, de toute évidence, augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale et physique plus graves. Des études effectuées dans différents pays à travers le monde montrent qu'il existe un risque appréciable de développer un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux à la suite d'un événement cardiaque, tel qu'un infarctus du myocarde (IM). Par exemple, une équipe de chercheurs australiens a observé dans deux études que la dépression majeure se développe chez 15 à 20 % des patients hospitalisés pour des pontages, des arythmies cardiaques et des angioplasties (Cheok *et al.*, 2003; Schrader *et al.*, 2004). Dans une autre étude effectuée au Royaume-Uni, 15 % des patients suivis pendant leur séjour à l'hôpital après un IM présentaient des symptômes cliniquement significatifs d'anxiété, incluant des inquiétudes excessives et une hyperactivité neurovégétative (Mayou *et al.*, 2000).

Dans plusieurs cas, ces inquiétudes et ces peurs précipitent le développement de difficultés psychiatriques et peuvent mener au diagnostic de troubles anxieux. Par exemple, le trouble panique (TP), le trouble de stress aigu, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble d'adaptation avec anxiété sont tous associés aux maladies cardiaques (McCann, Fauerbach et Thombs, 2005). De plus, selon l'analyse documentaire de Josephine Tedstone et Nicholas Tarrier (2003), qui comprend les résultats de quatre études en médecine cardiaque, le taux de symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) atteint un sommet de 16 % chez les gens qui survivent à un IM, tout dépendant de la méthode d'analyse et de l'échantillon des études consultées. Comme la dépression majeure, les troubles anxieux sont des conditions psychiatriques débilantes qui impliquent une augmentation importante du stress psychologique et physiologique vécu par l'individu.

## La santé mentale et la santé physique

*La dépression.* Le fait qu'une personne développe des difficultés psychologiques à la suite d'une maladie cardiovasculaire a d'importantes répercussions sur le processus de réadaptation et sur le pronostic. L'épisode de dépression majeure, par exemple, augmente le risque de mortalité suivant un problème cardiaque : il est quatre fois plus probable de développer une maladie cardiaque et d'en mourir entre 55 ans et 85 ans si l'on est déprimé et cela, même en l'absence de cardiopathie antérieure (Penninx *et al.*, 2001). Le risque accru de mortalité est, entre autres, dû à une résistance et à un manque de motivation face aux changements de style de vie nécessaires, comme l'alimentation et l'activité physique (Mayou *et al.*, 2000). La prise de médicament peut également être affectée négativement par la présence de symptômes dépressifs (Lavoie et Fleet, 2000). Il y a, par ailleurs, un nombre plus important de consultations et d'hospitalisations subséquentes chez les patients déprimés. On dénote finalement une augmentation marquée des visites à l'urgence pour des problèmes cardiaques ou pour d'autres difficultés physiques (Mayou *et al.*, 2000) ainsi qu'une augmentation des admissions à l'hôpital pour des raisons cardiaques (Levine *et al.*, 1996).

*L'anxiété.* Des conséquences négatives sont également associées à l'anxiété excessive subséquente à un trouble cardiaque. Comme pour la dépression majeure, le risque de mourir est plus élevé chez les patients cardiaques anxieux que chez les non-anxieux et il y a davantage de consultations et d'hospitalisations à la suite d'une maladie cardiaque chez ces individus (Mayou *et al.*, 2000). Parmi les troubles anxieux développés à la suite d'un problème cardiaque, le TSPT est particulièrement prévalent et il a, lui aussi, des répercussions majeures sur la réadaptation. Le TSPT entrave le traitement (prise de médicaments, diète adaptée, exercice physique), ajoute au stress cardiaque et augmente les probabilités de vivre un autre malaise cardiaque et d'en mourir (O'Reilly, Grubb et O'Carroll, 2004; Pedersen, 2001; Shemesh *et al.*, 2004; Tedstone et Tarrier, 2003).

## Réadaptation cardiaque et santé mentale des Franco-Ontariens

Les données du *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (Gélinas et Gauthier-Frohlick, 2005 : 56) indiquent une

prévalence plus élevée de maladies cardiaques chez les Franco-Ontariens que chez les non-francophones de l'Ontario. D'autres recherches mentionnées plus tôt dans cet article mettent en évidence des liens clairs entre la maladie coronarienne et les difficultés d'ajustement psychologique. Il est donc possible que les membres de la communauté franco-ontarienne soient non seulement plus à risque de développer des maladies cardiaques, tel que suggéré par les résultats du *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, mais aussi plus à risque de souffrir des conséquences psychologiques qui semblent accompagner les maladies cardiaques dans plusieurs communautés à travers le monde (Cheok *et al.*, 2003; Schrader *et al.*, 2004; Mayou *et al.*, 2000; McCann, Fauerbach et Thombs, 2005). Par ailleurs, selon le même rapport, la quantité et la qualité des services de réadaptation offerts en français laissent à désirer (Gélinas et Gauthier-Frohlick, 2005 : 58). Pour ces raisons, il est essentiel de développer, *en français*, des programmes d'intervention qui aborderont à la fois les suites physiques *et* psychologiques des maladies cardiaques et qui assureront l'accessibilité de tels programmes au plus grand nombre de personnes possible.

## Le traitement psychologique suivant une maladie cardiaque

### *Traitement de la dépression*

Malheureusement, les résultats des études sur l'impact du traitement psychologique des symptômes de dépression et d'anxiété suite aux maladies cardiaques sont ambigus. Par exemple, une enquête ambitieuse sur le lien entre la maladie coronarienne et la dépression a révélé que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avait un impact éphémère chez des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde et présentant des symptômes de dépression (ENRICH, 2001 et 2003). Dans cette étude « randomisée » contrôlée, effectuée auprès de 2 481 patients dans plusieurs centres hospitaliers et universitaires des États-Unis, les bénéfices du traitement psychologique semblent disparaître après 30 mois. De plus, il n'y a pas de différence entre le groupe de traitement et le groupe témoin sur les taux de réhospitalisation ou de décès causés par des complications cardiaques subséquentes (Carney *et al.*, 2004; ENRICH, 2003). Ici, au Canada, des chercheurs de Montréal, d'Ottawa et de Toronto ont testé

la psychothérapie interpersonnelle (PTI) auprès d'un échantillon de 284 patients ayant un diagnostic de maladie coronarienne et de dépression majeure (Frasure-Smith *et al.*, 2006; Lespérance *et al.*, 2007). Comme leurs collègues américains, ils ont conclu que leur traitement psychologique n'a pas d'effet significatif sur la dépression des patients et que l'antidépresseur citralopam s'avère supérieur au traitement psychologique dans la gestion des symptômes de dépression.

Par contre, d'autres chercheurs ont trouvé que des traitements psychologiques peuvent être bénéfiques pour les patients cardiaques présentant des symptômes de dépression et d'anxiété. Bien que certaines de ces recherches soient des études de cas individuels (Miller, 2002; Stuart et Cole, 1996) ou qu'elles aient de petits échantillons ( $N < 10$ ; Brown et Munford, 1983), d'autres enquêtes statistiquement plus puissantes suggèrent que l'intégration systématique des concepts psychologiques en réadaptation cardiaque aide à diminuer ou à éliminer les symptômes de dépression et d'anxiété chez les patients souffrant de maladies cardiaques. Dans une de ces études, 17 patients ayant une maladie coronarienne stable comorbide à une dépression majeure et qui ont participé à une psychothérapie interpersonnelle (PTI) ont connu une amélioration significative de leurs symptômes de dépression à la fin du traitement psychologique (Koszycki *et al.*, 2004). Dans une autre étude, 22 patients ayant subi un IM ou un pontage et présentant des symptômes de dépression et d'anxiété ont obtenu des cotes significativement moins élevées sur des instruments de mesure standardisés lorsque leur programme de réadaptation cardiaque comprenait une composante psycho-éducative (Frizelle *et al.*, 2004). D'autres recherches, qui intégraient des techniques de la TCC (Black *et al.*, 1998; Carney *et al.*, 2000), de l'hypnothérapie (de Klerk *et al.*, 2004) et de la Gestalt-thérapie (Gonzalez-Jaimes et Turnbull-Plaza, 2002), ont produit des résultats semblables: des patients avec divers troubles cardiaques comorbides à la dépression semblent avoir bénéficié de l'intégration de ces traitements psychologiques au sein de leur réadaptation cardiaque.

### *Traitement de l'anxiété*

Bien que la dépression ait reçu beaucoup d'attention en tant qu'élément corrélé avec les problématiques cardiaques, le traitement de l'anxiété chez les individus qui survivent à une maladie cardiaque n'a pas été aussi rigoureusement étudié. Malgré les preuves accumulées du

lien entre les maladies cardiaques et les symptômes d'anxiété cliniquement significatifs (McCann, Fauerbach et Thombs, 2005; Greenman et Grenier, 2006; Hermann-Lingen et Buss, 2007; Tedstone et Tarrier, 2003), les recherches qui abordent le traitement de tels symptômes et son efficacité sont peu nombreuses. Par ailleurs, à l'instar de la littérature portant sur le traitement de la dépression en cardiologie, les études qui ont été faites amènent plus de questions que de réponses.

Les résultats préliminaires dans ce domaine sont néanmoins encourageants. Par exemple, une étude menée à Taiwan a démontré que les symptômes anxieux des patients cardiaques recevant une formation à la relaxation (technique cognitivo-comportementale visant la réduction de l'anxiété) ont diminué de façon significative, tandis que les membres d'un groupe témoin n'ont pas connu d'amélioration (Tsai, 2004). De plus, dans une étude effectuée en Australie, des séances de groupe de TCC ont entraîné une diminution significative de l'anxiété autorapportée chez des patients qui ont subi la pose d'endoprothèses vasculaires, facilitant la circulation sanguine (Edelman, Lemon et Kidman, 2003). D'autres recherches ont démontré l'efficacité de techniques cognitivo-comportementales, telles que le *biofeedback*, le *counselling* comportemental, la répétition comportementale et la restructuration cognitive, dans la réduction des symptômes d'anxiété chez les patients cardiaques (Kendall *et al.*, 1979; Mandke *et al.*, 1996).

### *Explications de l'incohérence des résultats*

Il y a plusieurs explications potentielles à ces résultats contradictoires. Premièrement, les auteurs de quatre études de grande envergure (Carney *et al.*, 2000; ENRICHD, 2000, 2001 et 2003) ont inclus dans leurs échantillons des patients cardiaques ayant déjà subi une dépression avant leur maladie cardiaque. Cela peut être vu comme une variable confondante, particulièrement si l'on s'intéresse aux effets d'un traitement psychologique sur la dépression *déclenchée par* une maladie cardiaque. Il est possible que les personnes avec des antécédents de dépression majeure nécessitent des interventions plus intensives et plus individualisées que celles qui ont été employées dans le cadre des études citées. Pour cette raison, la présence de patients qui ont déjà vécu une dépression a pu avoir pour effet d'obscurcir les résultats concernant l'efficacité des traitements utilisés.

Deuxièmement, ce qu'on entend par « psychothérapie » varie de façon frappante dans ces études. En effet, elles ont mis à l'épreuve des approches thérapeutiques diverses (par exemple, la TCC: Black *et al.*, 1998; Carney *et al.*, 2000; la Gestalt-thérapie: Gonzalez-Jaimes et Turnbull-Plaza, 2003; la PTI: Frasure-Smith *et al.*, 2006; L'espérance *et al.*, 2007) dont le niveau de fidélité aux protocoles d'interventions empiriquement validées auprès de populations en bonne santé physique varie énormément (Chambless et Ollendick, 2001). Par ailleurs, d'autres devis ont inclus l'impact de séances de thérapie de groupe jumelées à un nombre variable de séances individuelles (par exemple, ENRICHED, 2000, 2001 et 2003). D'autres, au contraire, ont examiné les effets d'interventions psycho-éducatives (par exemple, Frizelle *et al.*, 2004) qui impliquent beaucoup d'enseignement et de diffusion d'information, mais qui ne mettent pas nécessairement l'accent sur d'autres éléments essentiels au succès de la psychothérapie, telles la qualité de la relation thérapeutique et la capacité du patient à reconnaître et à verbaliser ses expériences émotionnelles (Gendlin, 2003; Orlinsky et Howard, 1987). Enfin, il n'y a pas suffisamment de données sur le traitement des troubles anxieux comorbides aux maladies cardiaques pour tirer des conclusions définitives. La littérature qui existe est prometteuse; il manque, cependant, des protocoles de traitement issus d'études empiriques et rigoureuses pour les troubles anxieux graves (par exemple, le TSPT).

## La présente étude

### *Buts*

À la lumière de l'information disponible concernant la prévalence de maladies cardiaques chez les Franco-Ontariens, les conséquences psychologiques de ce type de maladies chroniques, le manque de protocoles de traitements psychologiques empiriquement validés pour les patients cardiaques et la pénurie de services de réadaptation offerts en français aux membres de la communauté franco-ontarienne, nous nous sommes fixé plusieurs objectifs pour ce projet pilote. Puisque la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) jouit de l'appui empirique dans le traitement de la dépression majeure et des troubles anxieux chez les personnes en bonne santé physique (Chambless et Ollendick, 2001), le présent projet a comme objectif global de développer et de mettre à l'épreuve un traitement cognitivo-



comportemental adapté à la dépression et à l'anxiété chez des patients souffrant d'une maladie cardiaque. Plus spécifiquement, nous voulions évaluer si ce traitement psychologique est efficace dans la réduction des symptômes de dépression et d'anxiété associés à une maladie cardiaque (par exemple, perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, difficultés de sommeil, inquiétudes envahissantes, comportements d'évitement). Contrairement aux protocoles de traitement des études menées précédemment, le protocole utilisé ici tient compte de la situation particulière des patients cardiaques et il est issu de manuels de traitements empiriquement validés (Barlow, 2002; Dugas, 2002; Leahy et Holland, 2000).

Ce projet a également permis la mise en place d'un programme d'intervention psychologique qui se déroule en français et qui dessert les communautés francophones en situation minoritaire de l'est de l'Ontario. Notre programme cherche donc à atténuer une problématique qui affecte la population franco-ontarienne de façon particulière.

### *Hypothèses*

Puisque notre traitement expérimental comprend les éléments principaux qui contribuent au succès de la TCC chez des personnes en bonne santé et qu'il tient compte des besoins particuliers des personnes en réadaptation cardiaque, nous nous attendions à ce que l'intervention développée dans le cadre de la présente étude ait des effets positifs sur les patients qui en ont bénéficié. Spécifiquement, nous prévoyions que les patients cardiaques ayant participé au traitement psychologique présenteraient une amélioration significative de leurs symptômes de dépression et d'anxiété, comme l'indiqueraient les baisses de leurs cotes sur les quatre instruments de mesure standardisés utilisés dans l'étude.

## Méthode

### *Participants*

Des patients (hommes et femmes) âgés entre 35 et 85 ans, ayant reçu un diagnostic de maladie cardiaque (par exemple, IM, angine instable, artériosclérose) et présentant des symptômes d'anxiété et de dépression, ont participé à la présente étude. Les seuls critères d'exclu-

sion étaient les suivants : 1) présence d'une maladie psychiatrique grave (par exemple, délire, schizophrénie, trouble bipolaire, etc.) et 2) un passé de troubles de l'humeur ou d'anxiété avant le diagnostic de maladie cardiovasculaire. Les patients ont été identifiés par leur médecin de famille, par leur cardiologue, par l'Unité des soins intensifs de l'Hôpital Montfort ou l'équipe multidisciplinaire du programme de réadaptation cardiaque de ce même hôpital. Ils ont ensuite été envoyés par ces derniers au Service de psychologie offert à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Montfort, en lien avec le programme de réadaptation cardiaque. Un membre de l'équipe qui n'était pas associé au traitement dispensé dans le cadre de l'étude a rencontré les patients et leur a parlé de la possibilité de participer au projet. Un traitement psychologique a été offert à tous les patients envoyés qui en avaient besoin. Leur décision de participer à la recherche n'a eu aucun impact sur la disponibilité du traitement psychologique ou médical. Le projet a été approuvé par les comités d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais, de l'Hôpital Montfort et de l'Université d'Ottawa. La présente étude pilote a débuté en octobre 2006<sup>1</sup>.

### *Protocole de traitement*

Le traitement offert aux patients est issu d'un compte rendu de nos expériences cliniques avec des patients ayant une maladie cardiaque, combiné aux éléments des protocoles de traitement de la dépression majeure et des troubles anxieux empiriquement validés auprès des populations en bonne santé physique (Barlow, 2001 ; Dugas, 2002 ; Leahy et Holland, 2000). Contrairement aux protocoles de traitement habituels, celui-ci met l'accent sur l'impact émotionnel de la maladie cardiaque et des contraintes imposées par celle-ci (par exemple, perte d'emploi, de mobilité, etc.), de la signification personnelle que prend cette maladie (par exemple, « Je suis paresseux » ou « Je ne peux plus prendre soin de ma famille ; je suis donc un mauvais mari et un mauvais père ») et du niveau d'inquiétude d'une rechute de la condition physique.

Ce protocole repose néanmoins sur les mêmes principes qui guident d'autres traitements cognitivo-comportementaux : 1) la manière dont la personne pense a un impact direct sur son état émotionnel, 2) le comportement de l'individu et les contingences de l'environnement influent sur son état psychologique et 3) l'inactivité et l'engourdissement affectif exacerbent la dépression et l'anxiété

(Cottraux, 2004 : 17). Notre protocole contient donc des techniques propres aux autres protocoles de la TCC, dont la restructuration cognitive (remise en question des schèmes et des pensées déprimantes et anxiogènes), l'activation comportementale et l'exposition en imagination. Il s'agit d'un maximum de vingt séances de thérapie d'une durée d'une heure, à raison d'une rencontre par semaine. Le premier auteur, qui est psychologue, a traité des patients lui-même et a supervisé le travail clinique de deux stagiaires au doctorat (Ph.D.) en psychologie clinique, qui ont, eux aussi, dispensé des services psychologiques aux patients. Le protocole de traitement utilisé dans cette étude se trouve à l'annexe A.

### *Instruments de mesure*

Les participants ont rempli quatre questionnaires standardisés après la première, la quatrième et la huitième séance de traitement. Ces mêmes questionnaires seront remplis à nouveau après la douzième, la seizième et la vingtième séance. Il s'agit de 1) l'Échelle révisée d'impact de l'événement (*Impact of Event Scale, Revised (IES-R)*; Brunet *et al.*, 2003); 2) l'Inventaire de dépression de Beck, version courte pour les patients médicaux (*Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*; Beck, Steer et Brown, 1994); 3) l'Inventaire d'anxiété de Beck (*Beck Anxiety Inventory (BAI)*; Beck et Steer, 1990) et 4) l'Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*; Snaith, 2003). En psychologie, ces questionnaires sont fréquemment utilisés dans les milieux cliniques ainsi qu'en recherche. Il s'agit d'instruments ayant d'excellents indices de validité et de fidélité, autant en français qu'en anglais (voir Bouvard et Cottraux, 2005 : 155, pour une discussion détaillée des propriétés psychométriques de ces instruments). Les données fournies par ces instruments ainsi que l'information recueillie lors de l'évaluation clinique structurée ont été utilisées pour faire le diagnostic différentiel des troubles psychiatriques des patients, le cas échéant.

## **Résultats**

Puisque la cueillette de données est toujours en cours et que l'échantillon actuel est très petit, nous avons mis l'accent, pour les fins de cet article, sur une étude de cas approfondie qui illustre les principes et l'impact pratique du traitement. Après l'étude de cas, nous discuterons de quelques analyses préliminaires qui appuient l'efficacité

potentielle du traitement psychologique développé dans le cadre de cette étude pilote.

### *Étude de cas*

*Évaluation psychologique.* Un homme, âgé de 55 ans, a été envoyé au Service de psychologie clinique par son médecin huit mois après avoir subi un infarctus du myocarde, trois angioplasties et la pose de quatre endoprothèses vasculaires. Le médecin a alors indiqué que le patient refusait de prendre ses médicaments, de changer son alimentation, de faire de l'exercice physique et même de parler de sa maladie cardiaque. Selon lui, le patient insistait pour retourner au travail avant que cela ne soit indiqué, malgré son état de santé précaire. Le médecin traitant a demandé une évaluation psychologique et un traitement.

Lors de la première entrevue d'accueil, le patient a décrit les symptômes suivants: des sentiments de désespoir, d'impuissance et d'anxiété, présents tous les jours presque toute la journée; des sensations physiologiques troublantes (crampes, fatigue, douleurs et oppression à la poitrine), qui avaient comme effet d'augmenter sa peur de retomber malade; des pensées envahissantes, soit des images des angioplasties qu'il avait subies, qui survenaient plusieurs fois par jour depuis son séjour à l'hôpital; des inquiétudes intenses, liées à la peur de devenir un fardeau pour ses proches; des tentatives d'évitement (c'est-à-dire, essayer de ne pas penser à la maladie et aux angioplasties); des difficultés de concentration; de l'insomnie. Ces informations, en combinaison avec les cotes du patient au-dessus des seuils de détresse sur le HADS et l'IES-R, ont confirmé le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Selon notre conceptualisation de ce cas, la maladie cardiaque et ses conséquences ont activé les schèmes du patient concernant l'importance d'être fort, d'être indépendant et de ne pas avoir besoin des autres. Le conflit entre ses croyances de base et sa nouvelle condition de vie ainsi que la peur vécue lors de son hospitalisation soudaine (ressentie avec la même intensité chaque fois qu'il avait des sensations physiologiques jugées anormales) ont entraîné une volonté d'éviter de penser à sa maladie et à tout ce qui y est lié (médicaments, rendez-vous chez le médecin, membres de la famille présents lors de sa crise cardiaque, etc.). Finalement, l'inactivité issue de son évitement a eu comme conséquence d'augmenter l'intensité de son anxiété.

### *Aperçu du traitement*

Le patient a suivi dix séances de TCC jusqu'à maintenant et il continue présentement la thérapie. À la suite d'une évaluation psychodiagnostique de deux séances de 90 minutes, nous avons révisé la conceptualisation du cas avec le patient, qui était en accord avec cette manière d'expliquer ses difficultés. Le but principal des deux séances suivantes a été d'aider le patient à comprendre l'influence des pensées automatiques négatives (par exemple, « Si je suis malade, je serai un fardeau pour les autres et ça serait insupportable! »), de l'inactivité physique et de l'isolement social sur son anxiété. À cette fin, il a effectué des devoirs qui avaient pour but de l'aider à reconnaître ses pensées automatiques et ses inquiétudes au quotidien, ainsi que la manière dont celles-ci intensifiaient son anxiété. Cette étape constitue le début du processus de remise en question des pensées anxiogènes, qu'on nomme « restructuration cognitive ». Le psychologue a également pratiqué des techniques de relaxation musculaire avec le patient et lui a suggéré de les utiliser lors des moments de grande anxiété pendant la semaine.

Les deux autres séances ont été axées sur le remplacement systématique des pensées anxiogènes par des pensées mieux adaptées à la réalité du patient. Le psychologue a guidé le patient dans un processus de « vérification scientifique » des pensées anxiogènes et l'a aidé à générer des pensées plus positives. Le patient avait alors comme devoir de pratiquer cette technique chez lui au cours de la semaine, en plus d'intégrer des activités sociales plaisantes dans son horaire quotidien, ces activités ayant été choisies préalablement en discutant avec le psychologue.

Une fois que le patient eut bien maîtrisé les techniques de restructuration cognitive, de relaxation musculaire progressive et d'arrêt des pensées envahissantes, il a été prêt à procéder à l'exposition en imagination. Cette intervention avait pour but de diminuer l'impact émotionnel des images de son hospitalisation, particulièrement des angioplasties, qui étaient extrêmement déplaisantes pour lui. Après avoir rédigé avec le psychologue un scénario décrivant en détail ses craintes concernant sa santé, le patient a lu le scénario à voix haute et il s'est concentré sur les expériences émotionnelles déplaisantes qui ont suivi, jusqu'à ce que l'intensité de ces dernières diminue. Il a fait cela pendant trois séances de 90 minutes, en présence du psychologue et il a également pratiqué la technique à la maison.

Le traitement psychologique semble donc avoir eu les effets prévus : après neuf séances de thérapie, ce patient ne répondait plus aux critères d'un trouble de stress post-traumatique. De plus, ses pensées concernant sa maladie étaient moins fréquentes et moins troublantes, il commençait à sortir davantage avec sa conjointe et ses amis, il prenait ses médicaments régulièrement et ses difficultés de sommeil ont disparu. Il poursuit présentement le traitement dans le but de consolider ses gains et de prévenir la réapparition des symptômes psychologiques.

### *Impact global de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*

Bien que le traitement psychologique ait été efficace pour ce patient, il importe tout de même de considérer son impact global sur l'ensemble des participants afin de tirer les conclusions plus générales sur son utilité. L'étude est présentement en cours, mais nous avons analysé les données à notre disposition, dans le but d'avoir une meilleure compréhension de l'effet de notre protocole d'intervention.

Cinquante-quatre pour cent des patients suivis ( $N = 6$ ) ont reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux suivant leur maladie cardiaque : trouble d'anxiété généralisée (TAG), trouble d'adaptation avec anxiété, dépression majeure et trouble de stress post-traumatique (voir le tableau 1). Le reste des participants ( $N = 5$ ) ne répondait pas aux critères d'un diagnostic psychiatrique, mais ils présentaient des symptômes significatifs de dépression et d'anxiété, tels qu'un sentiment de tristesse intense, une impression de découragement et des inquiétudes par rapport à la santé et à l'avenir.

Les entrevues cliniques et les données empiriques ont montré qu'aucun des six patients avec un diagnostic d'un trouble psychiatrique au début de l'étude ne répondait aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique quelconque après dix séances de TCC, ce qui représente un changement cliniquement et statistiquement significatif ( $\chi^2(1) = 9, p = .003$ ) par rapport au début de l'étude. Comme prévu, les rapports subjectifs de tous les patients ainsi que les observations systématiques des cliniciens offrant le traitement psychologique ont indiqué une diminution importante des symptômes chez tous les participants. Par ailleurs, leurs cotes sur l'IES-R, le BDI-II, le BAI, et le HADS étaient toutes sous les seuils de détresse significative ( $< 22$  sur l'IES-R,  $< 21$  sur le BDI-II,  $< 26$  sur le BAI,  $< 11$  sur chacune des

**Tableau 1**  
**Troubles psychiatriques chez les patients en réadaptation cardiaque :**  
**prévalence au début et au milieu du traitement psychologique**

| Sexe | Âge | Maladie cardiaque | D, psychiatrique, T <sup>1</sup>                | D, psychiatrique, T <sup>3</sup> |
|------|-----|-------------------|---|----------------------------------|
| M    | 55  | Infarctus         | Dépression majeure                              | Aucun                            |
| M    | 51  | Infarctus         | État de stress post-traumatique                 | Aucun                            |
| M    | 50  | Angine instable   | Trouble d'anxiété généralisée                   | Aucun                            |
| F    | 60  | Infarctus         | Aucun*  | Aucun                            |
| M    | 66  | Infarctus         | Trouble d'adaptation avec anxiété               | Aucun                            |
| F    | 47  | Infarctus         | Dépression majeure                              | Aucun                            |
| M    | 75  | Infarctus         | Aucun*  | Aucun                            |
| M    | 55  | Infarctus         | Trouble d'adaptation avec dépression et anxiété | Aucun                            |
| M    | 54  | Infarctus         | Aucun*  | Aucun                            |
| M    | 61  | Infarctus         | Aucun*  | Aucun                            |
| F    | 80  | Angine instable   | Aucun*  | Aucun                            |

T<sup>1</sup> = diagnostic psychiatrique après la première séance de traitement;

T<sup>3</sup> = diagnostic psychiatrique après la huitième séance de traitement.

\*Symptômes d'anxiété et de dépression cliniquement significatifs.

échelles du HADS), après avoir participé à la TCC. Nos résultats préliminaires suggèrent donc que le traitement psychologique que nous avons employé a eu un impact favorable sur l'humeur et le niveau d'anxiété des patients.

### Discussion

Selon ces données quantitatives et qualitatives, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle, adaptée aux besoins particuliers des patients cardiaques, semble prometteuse. Après dix séances de traitement, l'ensemble des participants ne répond plus aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique, et ce, malgré le niveau élevé de détresse psychologique de plusieurs d'entre eux au départ. Les éléments les plus importants du traitement sont, selon nos données préliminaires, la restructuration cognitive, l'exposition et l'activation comportementale. De façon générale, les patients ont souligné l'utilité de la remise en question systématique de leur façon particulière de percevoir la maladie cardiaque et d'y donner un sens, ce qui constitue l'essence de la restructuration cognitive. Ils ont également apprécié la possibilité d'être actifs socialement, avec l'aide du

thérapeute et de ses encouragements réguliers. Finalement, bien que ce soit un exercice difficile au début, les patients ont reconnu l'importance de l'exposition qui les a aidés à gérer leurs inquiétudes et leur anxiété efficacement.

### *Limites de l'étude et recherches futures*

Il est possible que notre intervention psychologique fonctionne tandis que d'autres interventions semblables ne semblent pas avoir réussi (par exemple, Carney *et al.*, 2004), puisque le traitement offert est individuel, qu'il est adapté à la signification personnelle de la maladie cardiaque pour chacun des patients et qu'il repose sur des interventions empiriquement validées. De plus, notre échantillon ne contient pas la variable confondante que représente la présence de troubles psychiatriques vécus avant la problématique cardiaque. Notre intervention vise surtout les symptômes de dépression et d'anxiété secondaires aux maladies cardiaques. Il est probable que les problèmes psychiatriques qui remontent à la période précédant le diagnostic d'une maladie cardiaque nécessitent des traitements de plus longue durée.

Il est aussi important de souligner que le traitement des patients qui ont participé à cette étude continue. Bien que tous les participants aient montré des effets positifs après dix séances, le protocole d'intervention spécifie vingt rencontres afin de consolider les gains et prévenir la rechute. Nous ne pouvons donc pas prétendre, avec les données à notre disposition, que dix séances seraient suffisantes pour éliminer tous les symptômes psychologiques reliés à la maladie cardiaque de façon permanente.

Finalement, nous n'avons mené qu'une étude pilote. Il reste beaucoup de travail à faire avant de pouvoir prétendre avec confiance que la TCC est un traitement efficace pour les symptômes de dépression et d'anxiété qui suivent les maladies cardiaques. Il sera, tout d'abord, important de terminer l'étude actuelle avec un plus grand nombre de participants, afin de vérifier statistiquement les changements qui ont eu lieu pendant et après le traitement. Par la suite, des études « randomisées » contrôlées seront nécessaires, afin de spécifier les effets du traitement psychologique et de les comparer à long terme aux symptômes psychologiques des patients cardiaques qui ne reçoivent pas de traitement. Des études qui comparent différentes approches (par



exemple, TCC, Gestalt-thérapie, PTI) et différentes modalités de thérapie (par exemple, individuelle, de groupe, de couple) seront aussi utiles, puisqu'il est possible que certaines personnes répondent mieux aux interventions d'une autre orientation ou à une thérapie impliquant plusieurs personnes (format de groupe). Il serait aussi intéressant de considérer les différences régionales potentielles (par exemple, les patients venant du nord de l'Ontario en comparaison avec les patients venant du sud de l'Ontario), ce qui n'a pas été possible dans la présente étude, qui a eu lieu uniquement à l'Hôpital Montfort. Les recherches futures devront aussi évaluer l'impact à long terme des traitements psychologiques sur la santé mentale et la santé physique. Une fois les traitements efficaces déterminés, il sera important de mesurer scientifiquement leur apport à la qualité et à l'espérance de vie des patients cardiaques. La présente étude souligne l'impact positif de la contribution de la psychologie clinique en cardiologie.

### Remerciements

Cette recherche a été subventionnée par l'Université du Québec en Outaouais et par le Consortium national de formation en santé. Les auteurs tiennent à remercier tous les participants et l'administration de l'Unité de médecine familiale et du Service de santé cardiovasculaire de l'Hôpital Montfort pour leur coopération et leur aide constante depuis le début du projet. Nous sommes particulièrement reconnaissants des contributions essentielles des assistants de recherche et des cliniciens qui ont prêté leur temps et leur expertise à la réalisation de cette étude : Mariève Hurtubise, Jonathan Jetté et Geneviève Laliberté.

### NOTE

---

1. Au moment de la rédaction de cet article (mars 2008), onze personnes ( $N = 11$ ) avaient suivi dix séances de traitement, avec un taux de consentement de 100 %. Personne n'avait été exclu à ce moment-là.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BARLOW, David (dir.) (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 3<sup>e</sup> éd., New York, Guilford.
- BECK, Aaron, et Robert STEER (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*, San Antonio, Psychological Corporation.
- BECK, Aaron, Robert STEER et Gregory BROWN (1994). *Beck Depression Inventory – 2<sup>nd</sup> Edition (BDI-II)*, New York, Harcourt.
- BLACK, John, *et al.* (1998). « Effect of Intervention for Psychological Distress on Rehospitalization Rates in Cardiac Rehabilitation Patients », *Psychosomatics*, vol. 39, n° 2 (mars-avril), p. 134-143.
- BOUVARD, Martine, et Jean COTTRAUX (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson.
- BROWN, Murray A., et Arna MUNFORD (1983). « Rehabilitation of Post MI Depression and Psychological Invalidism: A Pilot Study », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 13, n° 4, p. 291-298.
- BUNET, Alain, *et al.* (2003). « Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised », *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 1 (février), p. 56-61.
- CARNEY, Robert, *et al.*, (2000). « Change in Heart Rate Variability During Treatment for Depression in Patients with Coronary Heart Disease », *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n° 5 (septembre-octobre), p. 639-647.
- CARNEY, Robert, *et al.* (2004). « Depression and Late Mortality after Myocardial Infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHED) Study », *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, n° 4 (juillet-août), p. 466-474.
- CHAMBLESS, Dianne L., et Thomas OLLENDICK (2001). « Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence », *Annual Review of Psychology*, vol. 52, p. 685-716.
- CHEOK, Frida, *et al.* (2003). « Identification, Course, and Treatment of Depression after Admission for a Cardiac Condition: Rationale and Patient Characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) Project », *American Heart Journal*, vol. 146, n° 6 (décembre), p. 978-984.
- COTTRAUX, Jean (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.

- DE KLERK, Jacoba, Hendrik STEYN et Wynand DU PLESSIS (2004). « Hypno-therapeutic Ego Strengthening with Male South African Coronary Artery Bypass Patients », *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 47, n° 2 (octobre), p. 79-92.
- DUGAS, Michel (2002). « Generalized Anxiety Disorder », dans Mitchell Hersen (dir.), *Clinical Behavior Therapy: Adults and Children*, Hoboken, John Wiley & Sons, p. 125-143.
- EDELMAN, Sarah, Jim LEMON et Antony KIDMAN (2003). « The Perceived Benefits of a Group CBT Intervention for Patients with Coronary Heart Disease », *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 17, n° 1 (printemps), p. 59-65.
- ENRICHED INVESTIGATORS (2000). « Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED): Study Design and Methods », *American Heart Journal*, vol. 139, n° 1 (janvier), p. 1-9.
- ENRICHED INVESTIGATORS (2001). « Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHED) Study Intervention: Rationale and Design », *Psychosomatic Medicine*, vol. 63, n° 5 (septembre-octobre), p. 747-755.
- ENRICHED INVESTIGATORS (2003). « Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events after a Myocardial Infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHED) Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 23 (juin), p. 3106-3116.
- FRASURE-SMITH, Nancy, *et al.* (2006). « Design and Rationale for a Randomized, Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and Citalopram in Coronary Artery Disease (CREATE) », *Psychosomatic Medicine*, vol. 68, n° 1 (janvier-février), p. 87-93.
- FRIZELLE, Dorothy, *et al.* (2004). « Cognitive-behavioural Rehabilitation Programme for Patients with an Implanted Cardioverter Defibrillator: A Pilot Study », *British Journal of Health Psychology*, vol. 9, n° 3 (septembre), p. 381-392.
- GÉLINAS, France, et Denise GAUTHIER-FROHLICK (2005). « Problèmes de santé chroniques et blessures », dans Louise Picard et Gratien Allaire (dir.), *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien, p. 53-60.
- GENDLIN, Eugene (2003). *Focusing*, London, Rider.
- GONZALEZ-JAIMES, Elvira, et Bernardo TURNBULL-PLAZA (2003). « Selection of Psychotherapeutic Treatment for Adjustment Disorder with Depressive Mood due to Acute Myocardial Infarction », *Archives of Medical Research*, vol. 34, n° 4 (juillet-août), p. 298-307.
- GREENMAN, Paul, et Jean GRENIER (2006). « The Psychological Consequences of Cardiac Disease: Implications and Prospects for Treatment »,

- présentation orale au 67<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Calgary, Alberta, Canada.
- HERMANN-LINGEN, Christoph, et Ullrich BUSS (2007). « Anxiety and Depression in Patients with Coronary Heart Disease », dans Jochen Jordan, Benjamin Bardé et Andreas-Michael Zeiher (dir.), *Psychocardiology: A Systematic Review of the Literature*, Washington (DC), American Psychological Association, p. 125-157.
- KENDALL, Philip, *et al.* (1979). « Cognitive-Behavioral and Patient Education Interventions in Cardiac Catheterization Procedures: The Palo Alto Medical Psychology Project », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47, n° 1 (février), p. 49-58.
- KOSZYCKI, Diana, *et al.* (2004). « An Open-Label Trial of Interpersonal Psychotherapy in Depressed Patients with Coronary Disease », *Psychosomatics*, vol. 45, n° 4 (juillet-août), p. 319-324.
- LAVOIE, Kim, et Robert FLEET (2000). « The Impact of Depression on the Course and Outcome of Coronary Artery Disease: Review for Cardiologists », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 16, n° 5 (mai), p. 653-662.
- LEAHY, Robert, et Stephen HOLLAND (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York, Guilford.
- LEMONDE, Manon, et Johanne LEVESQUE (2005). « Comportement et santé : tabagisme », dans Louise Picard et Gratien Allaire (dir.), *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien, p. 69-76.
- LESPÉRANCE, François, *et al.* (2007). « Effects of Citalopram and Interpersonal Psychotherapy on Depression in Patients with Coronary Artery Disease », *Journal of the American Medical Association*, vol. 297, n° 4 (janvier), p. 367-379.
- LEVINE, John, *et al.* (1996). « Psychological Predictors of Subsequent Medical Care among Patients Hospitalized with Cardiac Disease », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, vol. 16, n° 2 (mars-avril), p. 109-116.
- MANDKE, Rupalee, *et al.* (1996). « Behavioural Intervention in Post-operative Coronary Heart Disease Patients », *NIMHANS Journal*, vol. 14, n° 1 (janvier), p. 45-50.
- MAYOU, Richard, *et al.* (2000). « Depression and Anxiety as Predictors of Outcome after Myocardial Infarction », *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n° 2 (mars-avril), p. 212-219.
- MCCANN, Una, James FAUERBACH et Brett THOMBS (2005). « Anxiety and Cardiac Disease », *Primary Psychiatry*, vol. 12, n° 3 (mars), p. 47-50.
- MILLER, Mark (2002). « Depression after Cardiac Transplant treated with Interpersonal Psychotherapy and Paroxetine: Case Study », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 56, n° 4, p. 555-561.

- O'REILLY, Samantha, Neil GRUBB et Ronan O'CARROLL (2004). « Long-term Emotional Consequences of In-hospital Cardiac Arrest and Myocardial Infarction », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 43, n° 1 (mars), p. 83-96.
- ORLINSKY, David, et Kenneth HOWARD (1987). « A Generic Model of Psychotherapy », *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 6, n° 1 (printemps), p. 6-27.
- PEDERSEN, Susanne (2001). « Post-traumatic Stress Disorder in Patients with Coronary Artery Disease: A Review and Evaluation of the Risk », *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 42, n° 5 (décembre), p. 445-451.
- PENNINX, Brenda, *et al.* (2001). « Depression and Cardiac Mortality: Results from a Community-based Longitudinal Study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, n° 3 (mars), p. 221-227.
- PICARD, Louise, et Gratien ALLAIRE (dir.) (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien.
- SCHRADER, Geoffrey, *et al.* (2004). « Predictors of Depression three Months after Cardiac Hospitalization », *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, n° 4 (juillet-août), p. 514-520.
- SHEMESH, Eyal, *et al.* (2004). « Posttraumatic Stress, Nonadherence, and Adverse Outcome in Survivors of a Myocardial Infarction », *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, n° 4 (juillet-août), p. 521-526.
- SNAITH, R. Philip (2003). « The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 1, n° 29 (août), p. 1-4.
- STATISTIQUE CANADA (2000). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa.
- STUART, Scott, et Valerie COLE (1996). « Treatment of Depression Following Myocardial Infarction with Interpersonal Psychotherapy », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 8, n° 4 (décembre), p. 203-206.
- TEDSTONE, Josephine, et Nicholas TARRIER (2003). « Posttraumatic Stress Disorder Following Medical Illness and Treatment », *Clinical Psychology Review*, vol. 23, n° 3 (mai), p. 409-448.
- TSAI, Sing-Ling (2004). « Audio-visual Relaxation Training for Anxiety, Sleep, and Relaxation among Chinese Adults with Cardiac Disease », *Research in Nursing and Health*, vol. 27, n° 6 (décembre), p. 458-468.

**Annexe A**  
**Protocole de traitement psychologique**

**Entrevue d'accueil**

*Séances 1-2*

- Histoire de l'événement cardiaque et les conséquences psychologiques (la fréquence des symptômes psychologiques, leur intensité et leur durée)
- Histoire familiale, relationnelle et professionnelle
- Histoire médicale (expériences dans les hôpitaux, avec les médecins, etc.)
- Socialisation au traitement: l'impact des pensées et des comportements sur les émotions et sur l'humeur
- Questionnaires

*Devoirs* (séance 2): Journal des inquiétudes, s'il y a lieu

**Séances de thérapie**

*Séance 3*

- Présentation de la conceptualisation cognitivo-comportementale de la problématique du patient (pensées, comportements qui contribuent au maintien du problème d'anxiété et/ou de dépression)
- Révision de la conceptualisation en collaboration avec le patient
- Établissement des buts du traitement, à la lumière de la conceptualisation
- Discussion des stressors et des problèmes de vie qui pourraient affecter le traitement
- Révision du journal des inquiétudes; restructuration cognitive (lien: pensées-émotions)
- Questionnaires

*Devoirs*: « Feuille à 3 colonnes » (situation – pensée – émotion)  
Journal des inquiétudes

### *Séances 4-6*

- Planification des récompenses; intégration des activités plaisantes dans l'horaire quotidien
- Les techniques de relaxation: la respiration et la relaxation des muscles
- La restructuration cognitive
- La résolution de problèmes
- Questionnaires

*Devoirs:* « Feuille à 5 colonnes » (situation – pensées automatiques – émotions – pensées alternatives – émotions)

Pratiquer les techniques de relaxation

Évaluation des nouvelles activités et de leur impact sur l'humeur

### *Séances 7-8*

- Vérification de l'activité comportementale et l'augmentation des contacts positifs
- La restructuration cognitive
- L'exposition en imagination
- Questionnaires

*Devoirs:* Pratiquer l'exposition (texte et *in vivo*)

Pratiquer les techniques de relaxation

« Feuille à 5 colonnes »

### *Séances 9-15*

- La restructuration cognitive: révision et solidification des techniques
- L'exposition: continuer jusqu'à ce que le patient soit en mesure de discuter, sans vivre de l'anxiété, l'événement cardiaque et/ou les situations évitées
- La résolution de problèmes
- Vérification de l'activité comportementale et l'augmentation des renforcements positifs (contacts interpersonnels, récompenses)
- Questionnaires

*Devoirs:* L'exposition (texte et *in vivo*)

Générer listes des schèmes et des postulats adaptés

### *Séances 16-20*

- Révision des gains thérapeutiques et des techniques que le patient juge avoir été utiles
- Préparation pour les futurs défis: faire le bilan des techniques spécifiques, apprises en thérapie, à la disposition du patient dans les situations variées
- Discussion des sources potentielles de dépression ou d'anxiété à l'avenir
- Raffinement des capacités d'adaptation
- Exposition aux déclencheurs qui restent
- Questionnaires